

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 janvier 1883, à 1 heure.

PAR LÉONCE BRUNET,

Né à Chabanais, le 10 août 1858.

ETUDE CLINIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

DE

L'ÉTAT D'OPPORTUNITÉ DE CONTRACTURE

Président : M. CHARCOT, professeur.

*Juges : MM. { POTAÏN, professeur.
RENDU, RICHEL, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N° 88

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 janvier 1883, à 1 heure.

PAR LÉONCE BRUNET,

Né à Chabanais, le 10 août 1858.

ETUDE CLINIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

DE

L'ÉTAT D'OPPORTUNITÉ DE CONTRACTURE

Président : M. CHARCOT, professeur.

*Juges : MM. { POTAIN, professeur.
 { RENDU, RICHET, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1883

FACULTE DE MEDECINE DE PA

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	JACCOUD.
	PETER.
	GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	DUPLAY.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	LASEGUE.
	HARDY.
	POTAIN.
Maladies des enfants.....	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHET.
Clinique chirurgicale.....	GOSSELIN.
	VERNEUIL.
	TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEROVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance et de mon entier dévouement.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. CHARCOT,

Professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine,

Membre de l'Académie de médecine,

Membre de l'Institut,

Officier de la Légion d'honneur,

— 8 —
ÉTUDE CLINIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

DE

L'ÉTAT D'OPPORTUNITÉ DE CONTRACTURE

INTRODUCTION

Il n'est pas rare, et pour notre compte personnel, il nous est arrivé fréquemment de rencontrer dans les hôpitaux des individus frappés de contracture d'une façon inopinée en apparence, à la suite d'un traumatisme insignifiant par exemple. Quelle pouvait être la pathogénie de ces contractures? Longtemps on l'a ignoré, on constatait bien les faits, mais on ne les expliquait pas. Ce sont des recherches toutes contemporaines, et, en particulier, celles de M. le professeur Charcot et de ses élèves qui ont fait cesser cette ignorance relative. Notre savant maître a, en effet, envisagé ces contractures tout autrement qu'on ne l'avait

fait jusqu'à lui, et il en a donné, dans certains cas une explication qui, bien qu'il appelle (1) « éminemment provisoire et devant être modifiée un jour ou l'autre, » n'en est pas moins la plus claire et la plus probable. Il ne faudrait cependant pas oublier ceux qui s'étaient déjà occupé de la question. Aussi demanderons-nous la permission, non de faire un historique complet, mais de jeter un coup d'œil sur ce qui a été fait par nos devanciers.

Brodie (2), dans ses leçons si intéressantes sur les affections nerveuses locales, paraît être le premier qui ait bien observé ces cas bizarres de contracture survenant à propos de choses insignifiantes, et, s'il n'a pas bien saisi la valeur théorique des faits qu'il rapporte, du moins il les a bien vus et en a tiré des conséquences éminemment pratiques sur lesquelles nous aurons à revenir.

Longtemps après, 1876, toujours des chirurgiens, Duplay (3) et Terrier appelaient l'attention sur certaines contractures survenues à la suite de traumatisme ; leurs malades furent présentés à la Société de chirurgie et y devinrent l'occasion d'une discussion des plus intéressantes. Nous reprendrons ces deux observations et aurons à rechercher si les conclusions qu'on en a tirées doivent être considérées comme suffisantes et définitives.

(1) Leçons sur les localisations de la moelle épinière faites par Charcot, recueillies par Bourneville, p. 332, 1876-1880.

(2) Brodie. Leçons sur les affections nerveuses locales. Traduit de l'anglais par Aigres. Publ. du Progrès médical.

(3) Duplay et Terrier. Soc. de chirur., 10 octobre 1876.

En 1877 paraît la leçon de M. Charcot (1) sur l'hystérie locale traumatique.

En 1878, M. le professeur Lasègue (2), dans un travail paru dans les Archives de médecine, « Hystéries périphériques », rapporte un grand nombre d'observations et en tire des conclusions aussi ingénieuses que savantes.

Terrier (3) insiste de nouveau sur un fait analogue à celui qu'il avait déjà constaté, et à ce propos son interne, M. Luc (4), fait paraître un article (contracture d'origine traumatique), qui renferme des vues très originales.

Enfin, arrive la thèse de M. Brissaud (5) : Recherches anatomiques et physiologiques sur la contracture permanente des hémiplegiques. C'est à ce travail si remarquable à tous égards, fait sous la direction de M. le professeur Charcot, que nous avons le plus emprunté.

Ainsi, nous le voyons d'après ce petit aperçu historique, les matériaux à consulter ne font pas défaut, et la question, envisagée tour à tour par des observateurs aussi remarquables que ceux que nous avons cités, a grande chance d'être définitivement tranchée. Mais si bien étudiée qu'elle soit, elle ne l'est par cha-

(1) Charcot. De l'hystérie locale traumatique. Lecorde, la Salpêtr., 1877.

(2) Lasègue. Hystéries périphériques. Archives de médecine, 1878.

(3) Terrier. Revue mensuelle de médecine [et de chirurgie, 10 octobre 1879.

(4) Luc. Revue mensuelle, juin 1880.

(5) Brissaud. Thèse de Paris, 1880.

cun qu'à un point de vue particulier, aucun travail d'ensemble n'existe sur elle.

Dans toutes les observations prises chez des individus absolument différents, le fait qui domine est celui-ci : la contracture a succédé à une action, qui peut, elle-même, varier dans sa nature, mais insuffisante pour l'expliquer dans les conditions physiologiques. Il faut donc rechercher son explication, non dans le traumatisme par exemple, mais dans l'individu. Rechercher quels sont les individus qui pourront avoir des contractures, dans les conditions auxquelles nous faisons allusion, faire voir qu'ils seront reconnaissables à certains indices et appuyer ces recherches non seulement sur les faits déjà publiés, mais sur des faits nouveaux, tel est notre but. Nous rassemblerons, nous grouperons les documents épars çà et là, nous essaierons surtout de les présenter d'une façon méthodique et claire.

Cette expression d'*état d'opportunité de contracture* ne laisse pas, en effet, de jeter quelque trouble dans l'esprit de celui qui l'entend pour la première fois. Il ne se rend pas bien compte de la signification qu'on peut y attacher ; il désirerait, en un mot, la voir expliquée sinon définie. Pour vulgariser le mot et la chose dès le début, nous commencerons par l'exposé clinique qui sera suivi d'un essai d'interprétation physiologique.

Si, en procédant de la sorte, nous arrivons à développer quelques-uns des points particuliers si bien indiqués par notre savant maître, M. le professeur Charcot, ce sera notre plus précieuse récompense.

Qu'il nous soit permis, avant tout, de le remercier d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Quant à notre ami le Dr Ballet, chef de clinique des maladies nerveuses, il a bien voulu nous aider de ses conseils, sans lesquels il nous eût été difficile de mener notre tâche à bien.

I.

DÉFINITION CLINIQUE

Nous avons dit que nous procéderions de la clinique à la physiologie, parce que cette méthode nous semblait la meilleure à employer dans le genre d'étude que nous nous sommes proposée.

Or, qu'est-ce qu'on entend cliniquement par ces mots : Etat d'opportunité de contracture ? Il nous suffira, pour nous en rendre compte, de relater quelques observations.

OBSERVATION I (Ballet).

Buq..., âgée de 33 ans, est une de mes plus anciennes pensionnaires de la division des épileptiques simples; elle appartient à la catégorie des histéro-épileptiques à crises distinctes. On désigne sous ce nom, on le sait, des malades affectées à la fois d'hystérie et d'épilepsie, chez lesquelles les deux névroses évoluent séparément en gardant leurs caractères propres. Tantôt c'est l'hystérie, tantôt l'épilepsie qui domine; les accès d'épilepsie et les attaques d'hystérie alternent, se succèdent, sans jamais se confondre. C'est ce qui a lieu chez Buq..., ou plutôt a eu lieu, car la malade, après avoir pendant longtemps été affectée à la fois d'histéro-épilepsie et de mal comitial, ne présente plus depuis plusieurs années que des accès épileptiques.

Il y a déjà quatre ou cinq ans que les choses vont ainsi. Buq... a

(1) Ballet et Delanef. De l'état d'opportunité de contracture. Gazette médicale de Paris, 29 juillet 1882.

des accès bien caractérisés qui surviennent la nuit inopinément, sans que la malade en conserve aucun souvenir, mais elle n'a plus d'attaques.

Lorsque Buq... était en puissance d'hystéro-épilepsie, on avait constaté chez elle une hémianesthésie droite, une ovarie du même côté.

De plus, après chaque attaque, survenait une contracture du membre inférieur droit. Plus tard, comme nous l'avons dit, tous ces phénomènes disparurent.

Or, récemment, une circonstance imprévue est venue démontrer que la diathèse hystérique n'avait pas disparu et qu'elle était là à l'état latent.

Le 16 mai dernier, la malade se rendait vers midi à son travail, lorsque, en descendant l'escalier, elle fit un faux pas, tomba sur le côté gauche et roula du haut d'une dizaine de marches. Elle ne perdit pas connaissances; mais, en voulant se relever, elle s'aperçut qu'elle ne sentait plus sa jambe gauche; ses compagnes durent l'aider à se relever. A ce moment déjà, on constata la raideur du membre inférieur gauche; néanmoins Buq... put travailler toute la soirée, seulement elle boitait. Le lendemain matin, on la conduisait dans le service où nous la trouvons avec un peid bot équin direct et très prononcé: la hanche est dans l'adduction, de telle sorte que la face dorsale du pied gauche regarde le bord interne du pied droit; le genou gauche est également, par sa face antérieure, en rapport avec la face interne du genou droit.

L'adduction est, en somme, complète dans tout le membre inférieur gauche; si on écarte ce membre de l'axe du corps, et qu'on le laisse aller, il revient, comme mû par un ressort, à sa position première.

Tout, dans le cas particulier, les caractères de la contracture, les circonstances dans lesquelles celle-ci est survenue, dénote qu'il s'agit d'un accident de nature hystérique.

La malade qui avait autrefois une anesthésie à droite, a aujourd'hui une hémianesthésie à gauche.

En résumé: hystérie ancienne dont les manifestations appréciables avaient disparu, persistance des accidents épileptiques, puis chute sur la jambe gauche et apparition subite à la fois d'une contracture de la jambe et d'une hémianesthésie gauche. Tel est le cas.

Cette observation est des plus intéressantes et peut, pour ainsi dire, servir de type. Que voyons-nous en

effet ? Par suite de dispositions particulières, une cause minime détermine chez cette malade une contracture qu'elle eût été certainement insuffisante à produire chez un individu pris au hasard. C'est assez dire, en traduisant le fait clinique brut, abstraction faite de toute idée théorique ou doctrinale, que la malade était préparée à la contracture, qu'elle était, disons le mot, en *état d'opportunité de contracture*.

Mais, dira-t-on, la conclusion n'est-elle pas hâtive, et y a-t-il bien eu réellement un rapport de cause à effet entre le traumatisme et la contracture, ou n'y aurait-il qu'une coïncidence ? Dans l'espèce, comme en toute autre matière, ce qui juge la question, c'est le nombre imposant des faits aujourd'hui recueillis et dont nous trouverons plus loin les spécimens.

Du reste, avant d'aller plus loin dans la discussion, qu'il nous soit permis de rapporter quelques observations dont on saisira aisément l'analogie avec l'observation I.

OBSERVATION II (Brodie) (1).

Une jeune fille de 10 à 11 ans se pique l'index de la main gauche avec une paire de ciseaux. A la suite de ce traumatisme insignifiant, puisque la plaie était guérie au bout de quatre ou cinq jours, apparaît une contracture douloureuse, d'abord suivant l'innervation du médian, puis gagnant de plus en plus, elle atteint le masséter, le diaphragme, est exagérée par une tentative chirurgicale, et disparaît spontanément au bout de deux ans.

(1) Brodie, Loc.-cit. traduit de l'anglais par Aigres. Publ. du Progrès médical.

OBSERVATION III (Lasègue) (1).

Mademoiselle X..., 14 ans, présente un aspect robuste bien qu'elle soit lymphatique. En jouant avec ses camarades elle reçoit un grain de sable dans l'œil, qui provoque un peu de conjonctivite douloureuse, mais, le lendemain, on observe une contracture de la paupière supérieure. Quelques jours après toute douleur avait disparu, la contracture au contraire, rebelle à tout traitement pendant quatre mois, disparaît tout à coup au bout de ce temps. Cette jeune fille eut plus tard des accidents hystériques manifestes.

OBSERVATION IV (Lasègue) (1)

X..., 19 ans, appartient à une famille de nerveux, elle est atteinte d'une bronchite ordinaire qui paraît devoir évoluer régulièrement. Au bout de deux semaines, elle ressent une douleur assez vive au niveau du cartilage thyroïde, et cette douleur est exagérée par la pression. Subitement et sans cause appréciable, elle s'abstient de parler et refuse d'articuler aucun son (cela devait lui être d'autant plus pénible, qu'autrefois elle chantait très agréablement). Deux ans après, elle rentre dans l'état normal.

Il y a là, comme le fait remarquer M. le professeur Lasègue, deux éléments distincts :

1° Contracture probable ou défaut d'activité régulière de l'appareil phonateur;

2° *Probablement*, suspension calculée de la fonction en vue de supprimer la douleur.

Cette dernière observation montre que la contracture pourra apparaître n'importe où.

(1) Lasègue. Loc. cit. hystérie périphérique.

(2) Lasègue. Loc. cit. hystéries périphériques.

OBSERVATION V (Brissaud).

M^{me} Raimb..., âgée de 60 ans, est à la Salpêtrière depuis quatre mois environ.

Il y a deux ans, elle a eu une première attaque sans perte de connaissance, à la suite de laquelle elle est restée paralysée du côté gauche.

Il semble, d'après les renseignements assez peu précis qu'elle donne, qu'elle aurait été à plusieurs reprises frappée de paralysie du côté gauche. Elle aurait même eu une attaque d'apoplexie vraie.

Etat actuel. (juillet 1879). — Obtusion de l'intelligence. Pas de paralysie faciale gauche, bien que les traits n'aient pas une symétrie parfaite; peut-être même y aurait-il plutôt un peu de contraction du côté gauche du visage, car les sillons et les rides de ce côté sont plus accusés que du côté droit.

Les deux membres du côté gauche ne sont plus des membres hémiplésiens. Ils n'ont aucune raideur, non plus que de la flaccidité: la malade les fait mouvoir à son gré, sans peine, dans toutes les directions et sans tremblement. Lorsqu'elle presse successivement avec la main gauche et avec la main droite, on constate que la main gauche est plus faible que l'autre; cependant cette différence est loin d'être considérable, et il faut savoir que la malade a été hémiplegique pour donner à ce signe une signification véritablement pathologique.

Il n'en est pas de même du côté du visage, qui présente quelques caractères intéressants, qu'on pourrait à la rigueur qualifier d'athétose faciale. Lorsque Raimbaud est immobile, ne parle pas, en un mot lorsqu'elle est indifférente, c'est à peine si l'on remarque la légère asymétrie dont il a été question; mais aussitôt qu'elle ouvre la bouche pour dire le moindre mot, tout le côté gauche de son visage se contracte; la commissure labiale s'élève, la narine se dilate, l'orbiculaire des paupières se convulse, donnant lieu à un clignement rapide, en un mot, c'est un tic hémiplegique de la face, survenant seulement à l'occasion des mouvements volontaires. Les mouvements du front eux-mêmes participent à cette sorte d'hémichorée faciale.

Absence complète du réflexe rotulien à droite. Ce symptôme, est au contraire, très prononcé à gauche.

(1) Brissaud. Loc. cit. Thèse de Paris, obs. XV.

Cette observation est aussi typique dans son genre que l'est celle de Buq..., et il n'est pas douteux que cette malade, chez laquelle on observe une contraction tonique des muscles de la face à l'occasion du moindre jeu de physionomie, ne soit, elle aussi, préparée à la contracture, en état d'opportunité de contracture.

Les observations aussi probantes que celles que nous venons de rapporter sont nombreuses, et nous pourrions en donner bien d'autres si cela était nécessaire à notre démonstration. Mais nous ne le pensons pas. Qui oserait, en effet, prétendre que dans les cas si dissimilables, la contracture ait toujours coïncidé par un miraculeux hasard, avec le traumatisme ou avec le mouvement volontaire qui l'accompagne, sans que le traumatisme ou ce mouvement volontaire joue un rôle quelconque dans sa production. La saine logique exige qu'on conclue différemment.

Nous sommes donc en droit de dire: qu'un individu, quel qu'il soit, est en *état d'opportunité de contracture* chaque fois que, pour une raison quelconque, soit, comme nous allons le voir, par une mauvaise équilibration du système nerveux, soit par suite d'une lésion matérielle de ce système, il se produit chez lui une contracture qui se développe plus ou moins brusquement sous l'influence d'une cause en apparence sans importance, variable elle-même quant à sa nature.

Cette explication clinique de l'état d'opportunité de contracture étant admise, nous allons maintenant étudier les diverses conditions dans lesquelles cet état existe.

II.

CONDITIONS DANS LESQUELLES EXISTE L'ÉTAT D'OPPORTUNITÉ DE CONTRACTURE

Nous sommes toujours dans le domaine clinique et notre rôle doit encore se borner, non à expliquer, mais à bien observer.

Or, si nous nous reportons aux différentes observations que nous avons énumérées, nous voyons que cette soudaineté d'apparition de la contracture ne se rencontre que chez deux catégories de gens : 1° les hystériques ; 2° les individus atteints d'une lésion matérielle du système nerveux. C'est, du moins, nous l'espérons, ce qui va encore mieux ressortir de l'étude qui suit ;

A. *Hystérie*. — L'histoire de la paralysie et de la contracture hystérique est connue depuis longtemps. Pomme, Tonnelé, Schutzenberg, Briquet, 1859 en ont donné d'excellentes descriptions, mais en matière d'hystérie on a marché vite dans ces temps derniers, aussi le mémoire de MM. Bourneville et Voulet (1), qui réunit en grande partie les idées de M. Charcot est-il le plus intéressant à consulter. Nous engageons à lire plus particulièrement ce qui a trait aux contrac-

(1) Bourneville et Voulet. Contracture hystérique permanente, 1872.

tures partielles et aux contractures réflexes. La thèse d'agrégation de M. Strauss, professeur agrégé à l'école de médecine, nous a été également utile à plusieurs titres.

Dans les observations que nous avons rapportées jusqu'ici, et qui étaient empruntées à Brodie, Lasègue, Charcot, nous avons vu que l'hystérie avait été trouvée chez leurs malades, mais nous ne pouvions pas être assez affirmatifs puisque nous ne faisons que rapporter les faits. Il n'en est plus de même à présent, et les observations que nous allons citer se sont passées sous nos yeux. Nous ne doutons pas qu'elles ne soient des plus concluantes, et qu'après leur lecture attentive, aucun doute ne subsiste dans l'esprit du lecteur.

OBSERVATION VI.

Peugnier et Delanef, externes du service.

Contracture hystérique à la suite d'une plaie de main par morcéau de verre.

Cadillan (Pauline), 16 ans, lingère.

A. H. Père mort à l'asile d'aliénés d'Orléans, paralysie aux jambes, tête dérangée.

A. P. Bien portante, sauf bronchite jusqu'à l'âge de 15 ans, n'a eu jusqu'à cette époque aucune crise de nerfs, mais elle était nerveuse et pleurait facilement.

Début. — Il y a un an (nov. 1881) en fermant une fenêtre, la malade brise un carreau et se fait avec un éclat de verre une blessure très légère sur le dos de la main, cette blessure a peu saigné et a été en réalité sans grande importance, c'est à peine si on distingue maintenant sur le dos de la main une très légère petite cicatrice presque complètement effacée. La main s'est raidie, nous dit la ma-

(2) Strauss. Thèse d'agrég. 1875. Des contractures.
Brunet.

lade, au moment de la blessure avec le verre, et depuis elle est restée dans le même état.

La contracture a persisté depuis un an en dépit d'applications de métaux et d'aimants qui ont été faites à différentes reprises, notamment à l'hôpital Beaujon dans le service du Dr Fernet. Depuis l'apparition de cette contracture, elle n'a jamais eu de crises.

Etat actuel. — Contracture de la main gauche, les doigts sont à demi fléchis dans la paume de la main, sauf le pouce qui est étendu le petit doigt est recouvert par les trois autres. Lorsqu'on cherche soit à fléchir, soit à étendre les doigts, on s'aperçoit qu'ils sont fortement immobilisés dans leur situation et ces efforts semblent déterminer une exagération de la contracture. Lorsqu'on veut fléchir ou étendre le poignet, on arrive à le faire, mais on sent que le mouvement provoqué augmente la rigidité musculaire, et on arrive même à immobiliser l'articulation contracturée.

Toutes les autres jointures sont parfaitement libres.

Réflexes tendineux. — Genoux. Ils sont très forts.

Pas d'épilepsie spinale et cela des deux côtés.

Au membre supérieur, contrairement à ce qu'on serait en droit d'attendre il n'y a pas d'exagération, cependant les réflexes du coude sont plus prononcés qu'à l'état normal.

Points douloureux. — Il n'y en a pas ; ovarie légère à gauche.

Sensibilité. — Hémianesthésie gauche, perte complète à gauche de la sensibilité douloureuse et de la sensibilité au froid. Conservation partielle de la sensibilité tactile.

OEil : pas d'achromatopsie.

Goût : abolition à gauche.

Odorat : abolition à gauche.

Ouïe : presque complètement abolie à gauche.

La malade a été examinée pendant le sommeil, le mardi 31 décembre, à une heure du matin. La main était fermée, les doigts raidis, et on n'a pu l'ouvrir bien qu'elle ne fut pas réveillée.

Mensuration comparative des membres supérieurs :

Avant-bras au dessus du poignet : gauche, 14 cent. ; droit, 15 cent. et demi.

Métacarpiens au-dessus des articulations phalangiennes : gauches, 16 cent. ; droits, 17 cent.

A quatre travers de doigts au-dessous du pli du coude : gauche, 18 cent. et demi ; droit, 20 cent.

Bras à 14 cent. au-dessus de l'olécrâne : gauche, 20 cent. et demi ; droit, 21 cent. et demi.

L'examen de l'ouïe a donné les résultats suivants :

Tympan : à droite, normal ; à gauche, foncé et opaque. Anal-gésie.

Acuité auditive : à droite, normale, soit par l'air, soit par l'os ; à gauche, presque perdue par l'intermédiaire de l'air, perdue par l'os.

OBSERVATION VII.

Louise Poirier, âgée de 17 ans, profession, monteuse en bijoux. Crises avortées dans le sommeil. Toux hystérique.

A. H. Mère très nerveuse, ayant très fréquemment des crises nerveuses.

A. P. Fièvre muqueuse à 16 ans, très nerveuse dès son enfance. Il y a deux ans à la suite d'une grande frayeur (entrée de son père dans sa chambre, elle le prit pour un inconnu), fièvre durant 8 jours. Reste ensuite un an sans crises. Au bout d'un an, 11 octobre 1880, fièvre muqueuse durant 15 jours et à la Panticôte (1881), apparition de la première attaque de sommeil à la suite duquel elle se serait débattue.

Symptômes permanents. — Sensibilité générale. Anesthésie totale.

OEil : pas d'achromatopsie.

Odorat : la malade ne sent ni à droite ni à gauche : éther, chloroforme T. de lobélia.

Goût : Elle ne sent pas du tout le sulfate de quinine appliqué en poudre et en grande quantité sur la langue ; mais elle distingue parfaitement le vin de l'eau, sent le sucre du côté gauche.

Nota. Pour la sensibilité générale, elle a un reste de sensibilité au contact très fort, mais rien du tout pour la douleur.

Points douloureux. — Point ovarique gauche ; sous le sein gauche.

Troubles vaso-moteurs : quand on l'a pincée, il se produit comme de petites plaques d'urticaire.

Ouïe : Une montre appliquée à son oreille gauche n'est pas entendue, du côté droit elle est entendue d'assez loin.

Attaques : Derniers jours de février, accès de toux spasmodiques assez bruyants coqueluchoïdes. Chloroforme ne suffit pas à arrêter les accès qui se produisent même pendant le sommeil. L'application de la ceinture fait disparaître la toux.

26 mars 1882. En plongeant la malade dans le sommeil hypnotique, on provoque chez elle des attaques avortées.

Voici ce que nous constatons : Il suffit de fixer pendant quelques secondes les yeux de la malade pour déterminer chez elle l'hypno-

tisme, les yeux regardent en haut et en dehors, les paupières sont animées de battements et en même temps les membres sont pris de contracture, si on vient à exciter le point hystérogène sous-mammaire, immédiatement on détermine une contraction très intense des quatre membres et la malade est dès lors dans la situation d'une hystérique immobilisée à la fin de la deuxième phase de la grande attaque.

La malade est réveillée par la pression ovarienne.

5 avril. Fracture du péroné gauche. 8. La malade est hémi anesthésique sauf au dos où elle est totale. Hyperesthésie gauche. Après avoir mis plusieurs appareils on lui enlève le dernier, le 3 juin.

Pied dans la rectitude quand il était contenu dans l'appareil. Le lendemain du jour où l'appareil est enlevé, nous constatons que le pied est dans l'adduction très marquée, toutefois on peut le relever sans éprouver de résistance.

Lundi 5. La contracture est encore plus marquée, douleur au niveau de l'ancienne fracture. Adduction forcée du pied, on peut le ramener dans la situation normale, mais on détermine de la trépidation spinale, le genou lui-même est un peu raide.

Le 21. La douleur lancinante est accrue au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche. La contracture persiste et le redressement est très douloureux. On constate un peu de gonflement et un point rouge au niveau de la face dorsale. La pression sur ce point est très douloureuse. On applique deux aimants du côté droit à 10 heures, on les laisse toute la journée, pas de résultats.

Samedi 8 juillet. Le tremblement de la jambe et du pied gauche a disparu à la suite de séances d'électricité statique. Quand la malade est sur le tabouret le tremblement existe, il disparaît dès qu'elle est descendue.

C'est à dessein que nous avons cité in extenso ces longues observations, toutes les considérations possibles n'auraient pas en effet dans ces cas la simple élocution des faits. Cadillan (obs. VI) a été l'objet d'une ou deux cliniques de M. le professeur Charcot, qui a démontré avec son talent habituel que cette contracture était nécessairement d'origine hystérique. Il a insisté également sur deux faits qui n'avaient pas été bien vus avant lui : 1° la persistance de la contracture pendant

le sommeil, 2° l'impossibilité de modifier la contracture observée soit par la flexion, soit par l'extension, la main avait une position absolument identique à quelque moment qu'on la considérât, et quoi qu'on fit pour la modifier. Déjà cette malade avait été soumise à l'influence des agents *æsthésiogènes* mais sans résultat. Était-ce à dire pour cela qu'on dût désespérer et ne plus rien tenter en sa faveur? Non assurément. Il ne faut pas se décourager disait M. Charcot, et au moment où l'on s'y attend le moins on obtient le résultat qu'on poursuivait vainement depuis longtemps. Les faits sont venus confirmer ces sages paroles et nous avons vu la jeune Cadillan débarrassée de sa contracture sous l'influence de ces mêmes agents qui avaient été impuissants une première fois.

Mais si la contracture apparaît si facilement chez les hystériques, ne pourrait-on pas la provoquer expérimentalement chez les mêmes hystériques? Si nous parvenions à faire cela, notre démonstration serait complète et inattaquable.

Eh bien nous possédons un exemple d'hystérie où il est possible de créer des contractures à volonté. Pour les faire disparaître il suffit d'exciter les antagonistes des muscles contracturés.

OBSERVATION VIII.

Mignon, 15 ans, hysteria major.

A. H., parents très nerveux, mère ayant eu des attaques d'éclampsie, frère et sœur nerveux, une sœur de 6 ans présentant des attaques convulsives.

A. P., toute jeune, déjà très nerveuse. Première attaque il y a six mois à la suite d'une peur. Depuis longtemps battements de cœur.

Elle avait peur de tous les gens qui la regardaient ou qui semblaient la regarder ayant, vu sa sœur en convulsions.

État actuel. — D'abord attaques répétées pendant trois mois, trois ou quatre fois par mois, puis plus fréquentes.

Malade au moment de l'attaque, sensation de boule à l'épigastre. Battements dans la tempe gauche. Quelquefois ses attaques débutent par une toux.

Symptômes permanents. Points douloureux. — Ovarien gauche, sus et sous-mammaires à gauche, sous-mammaire à droite.

Sensibilité spéciale : OEil, pas d'achromatopsie.

Sortie le 18 juin 1882 très améliorée.

Rentrée le 24 octobre 1882.

Odorat : Gauche rien, un peu diminué à droite.

Goût : gauche rien.

A droite a su distinguer successivement : l'astringent, le sucré, l'amer ; mais avec peine la langue étant dehors. Ce n'est qu'en appliquant la langue sur le palais qu'elle sent vraiment le goût. Sens musculaire conservé.

Ouïe : Tympan normal des deux côtés ; anesthésie complète du tympan à gauche ; analgésie à droite.

Acuité auditive : Elle n'entend à gauche ni par l'intermédiaire de l'air ni de l'os, à droite elle entend seulement par l'intermédiaire de l'air.

Sensibilisé générale : Hémianesthésie gauche avec un peu de diminution de sensibilité à droite.

Points hystérogènes : Ovariens des deux côtés, sus et sous-mammaires des deux côtés. Un autre à gauche sous l'angle inférieur de l'omoplate.

Depuis sa rentrée a eu trois attaques d'hystérie.

Réflexes tendineux : au genou, normaux ; au coude, présente cette particularité que si l'on percute au poignet les tendons, des fléchisseurs, sa main se met en contracture, les doigts fermés dans la paume de la main, la main plus ou moins fléchie sur le poignet. Il suffit d'inviter les muscles antagonistes pour lui enlever cette contracture. Mais ce qu'il y a de bien plus remarquable, c'est ce fait : Elle entre en contracture à l'occasion d'un mouvement brusque d'un membre quelconque. Si on lui dit par exemple de faire le simulacre de lancer une pierre ou de lancer un coup de pied, on voit immédiatement la contracture du bras ou de la jambe succéder

à ce simulacre. Comme toujours celle-ci cède à l'excitation des muscles antagonistes.

B. Lésion du système nerveux. — Todd avait divisé les hémiplésies en deux grandes classes suivant qu'elles étaient ou non compliquées de contracture, mais dans son mémoire si remarquable sur les dégénération secondaires 1866, M. le professeur Bouchard(1) n'avait contesté qu'un seul cas sur 32 d'hémiplégie non compliquée de contracture; c'était on le voit reléguer bien loin les hémiplésies flaccides. Cependant Duchenne (2) (de Boulogne) dans son électrisation localisée, guidé par des considérations thérapeutiques du plus haut intérêt, maintient la décision de Todd en y attachant une importance plus grande que ne semblait l'indiquer le résultat des observations de Monsieur Bouchard. Mais M. Brissaud (3), dans un travail encore récent, rejette complètement cette manière de voir, et déclare qu'il ne croit pas à l'existence des hémiplésies flaccides permanentes.

« Sur 60 hémiplésiques, dit-il, prises au hasard dans les différents services de la Salpêtrière, nous n'avons pas observé une seule malade affectée d'hémiplégie incurable qui ne présentât pas sinon l'ensemble au moins certains des signes les plus caractérisés de l'état de contracture ». Il démontre d'une façon absolue que l'hémiplégie incurable est toujours caractérisée par une disposition spasmodique permanente,

(1) Bouchard. Mémoire sur les dégénération secondaires, 1866.

(2) Duchenne de Boulogne. Electrisation localisée.

(3) Brissaud. Loc. cit. Thèse de Paris.

tantôt manifeste et en quelque sorte palpable, tantôt latente et effacée mais invariablement présente. Aussi substitue-t-il à la catégorie des hémiplégies flaccides de l'ancienne classification celle des hémiplégies avec contracture latente. Nous renvoyons le lecteur à la thèse de M. Brissaud ou cette partie de notre sujet est traitée avec une science et une méthode des plus remarquables. Nous rapporterons cependant une observation publiée par Terrier (1) 1879 qui démontre une fois de plus la vérité de ce que nous avons dit plus haut :

OBSERVATION IX.

Note sur un cas d'exagération et d'apparition brusque d'accidents de contracture chez une hémiplegique à la suite de traumatisme.

Une femme hémiplegique droite, un peu aphasique, présentait depuis quelques temps les phénomènes de contracture du côté du membre supérieur, phénomènes survenus silencieusement, puisque, malgré notre interrogation fréquente, la malade n'a pu nous préciser la date exacte de leur apparition. Il n'y avait rien d'anormal du côté du membre inférieur, sauf l'impotence fonctionnelle due à la paralysie d'origine cérébrale.

Survient une chute qui détermine un traumatisme léger de la jambe. peut-être un peu d'entorse du côté du genou quoique jamais on n'y put constater d'épanchement. Toujours est-il qu'aussitôt, et sur ce point la malade est encore affirmative, aussitôt dis-je, il se produisit une contracture douloureuse très intense du membre inférieur parésié et siège du traumatisme. Cette contracture est persistante; elle est tonique, comme celle du tétanos; comme elle encore, elle est exaspérée par le moindre attouchement, par le froid qu'on détermine en soulevant les couvertures, par les mouvements communiqués, enfin par toute tentative de mouvement spontané de la part de la malade. Comme celle du tétanos, la con-

(1) Terrier. Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, 1879.

tracture est très douloureuse et arrache des plaintes à la malade qui redoute toute excitation pouvant la provoquer, c'est-à-dire pouvant déterminer le réflexe. Un fait à signaler en passant, c'est que l'irritation anormale du système musculaire ne s'accompagne nullement d'hyperesthésie cutanée. Bien au contraire on note de l'hémianesthésie, et le point où celle-ci paraît le plus évidente, c'est précisément la région qui a été le siège du traumatisme. En cet endroit, en effet, nous avons dit que la malade était absolument inexcitable au contact des corps froids ou chauffés à une certaine température.

Sous l'influence du repos seul, de quelques doses insignifiantes de bromure, les accidents de contracture s'amendent, celle-ci de tonique qu'elle était d'abord devient clonique; par moment seulement, et toujours sous l'influence d'une excitation portée sur le membre malade, la contracture réapparaît brusquement et avec des douleurs encore assez pénibles. Puis ces sortes de crises réflexes s'éloignent; les mouvements spontanés ne les provoquent que rarement; enfin la malade peut marcher et quitte le service.

Est-elle absolument guérie de sa contracture? Nous avons eu récemment la preuve du contraire. En novembre elle marchait avec assez de peine et traînait son pied dans l'abduction, une percussion du tendon rotulien produisait un varus équin. Terrier fait voir la similitude absolue (sauf l'hyperesthésie qui chez l'hystérique existe du côté de la contracture) qui existe entre la contracture hystérique et la contracture hémiplégique.

Chez ces malades un traumatisme même léger peut faire apparaître la contracture au même titre qu'une attaque de goutte chez un goutteux, comme l'a démontré Charcot.

Nous formulons ainsi notre pensée: Chez les sujets hémiplégiques en imminence morbide de contracture

(1) Charcot. Leçons sur les maladies des vieillards.
Brunet.

celle-ci peut apparaître brusquement, ou s'exagérer si déjà elle existe, à la suite d'un traumatisme même assez léger.

Ce n'est pas seulement dans l'hémiplégie vulgaire se produisant à la suite d'une hémorrhagie cérébrale intéressant la capsule interne et déterminant la dégénérescence du faisceau pyramidal, qu'on observe la contracture à la suite d'un traumatisme ou d'une faradisation intempestive. Il faut savoir que des phénomènes analogues peuvent se passer chez des malades atteints de sclérose en plaques, myélites transverses et alors que la contracture n'est pas encore apparue.

Nous voyons donc, d'après ce qui précède, que l'hystérie d'une part et les lésions nerveuses de l'autre sont les conditions nécessaire du développement de la contracture. Mais est-ce que ce sont là les seules conditions ? Pour nous, nous le croyons bien qu'on possède quelques observations singulières, qui, examinées superficiellement pourraient induire en erreur et faire admettre une troisième condition : le traumatisme. Voici deux de ces observations telles qu'elles ont été rapportées à la Société de chirurgie.

OBSERVATION X (Duplay) (1).

Contracture permanente de cause traumatique des muscles du côté droit de la face et du masséter correspondant.

Le malade dont M. Duplay rapporte l'observation est un jeune homme de 19 ans qui a reçu un coup de pied de cheval sur l'os ma-

(1) Duplay. Bulletin de la Société de chirurgie. Séance du 10 octobre 1877.

laire du côté droit assez violent pour le renverser. Il est tombé sur le côté gauche et dans sa chute s'est fendu le sourcil. L'asymétrie est absolue et s'accuse surtout dans le rire. Picotements et légères contractions non douloureuses dans la moitié droite de la face. Sensibilité cutanée normale; le chloroforme diminue la contraction, mais ne donne pas la résolution complète.

Les muscles se contractent énergiquement sous l'influence de l'électricité, mais on constate de vives douleurs.

Le traitement a consisté dans l'application de coins de bois entre les mâchoires. Au bout de six semaines, guérison.

Réflexion de Duplay. — J'ai pensé qu'il s'agissait dans ce cas d'une simple contracture réflexe due à l'action du traumatisme. Il n'y avait plus de trace d'inflammation au moment où le malade est entré à l'hôpital, et je me suis assuré que cette contracture ne tenait pas à une altération des dents.

OBSERVATION XI.

Contraction réflexe des muscles de la face, des mâchoires et du sterno-mastoïdien du côté droit, d'origine traumatique.

Le malade dont Terrier rapporte l'observation est un charretier, âgé de 49 ans. Chute dans son escalier, plaie à 3 centimètres au-dessus de la protubérance externe de l'occipital du côté droit, quelques jours après, contracture des muscles de la face du côté droit, moitié droite du front plissée, œil fermé, commissure des lèvres déviée en haut et à droite; sterno-mastoïdien contracturé, les accidents de contracture tonique s'exagèrent par moment, lorsque le malade fait des efforts et en particulier lors de la déglutition qui est toujours un peu pénible.

Pas de rhumatisme, pas d'affection nerveuse, dents altérées, mais persistance de la contracture après l'enlèvement des chicots.

Entré le 12 mai, le malade sort guéri le 30 mai. Le traitement a consisté en bains tièdes et frictions sur le cou avec de l'eau-de-vie éruptive.

(1) Terrier, Bulletin de la Société de chirurgie, octobre 1877.

Réflexion de Terrier. — En résumé, comme dans l'observation de Duplay, notre malade a été pris d'une contracture des muscles de la face, des muscles masticateurs et du sterno-mastoïdien du côté droit après une lésion traumatique siégeant elle-même à droite et ayant intéressé le cuir chevelu au niveau de la protubérance occipitale externe. Malgré nos recherches, très certainement incomplètes, il ne nous a pas été donné de lire une observation sinon identique au moins comparable à la nôtre. Ne pouvant expliquer les phénomènes observés chez notre malade, nous avons cru devoir diagnostiquer une contracture réflexe d'origine traumatique comme l'a fait M. Duplay.

Est-ce que nous devons, comme le fait M. Luc (1), conclure de ces faits que le traumatisme, *indépendamment de toute altération produite sur les organes nerveux*, constitue un véritable stimulant à l'égard des centres excito-moteurs de la moelle ? Sans nier la valeur de cette conclusion, nous persisterons cependant à croire que rien dans les observations de MM. Duplay et Terrier ne la justifie d'une façon absolue. On n'a pas assez recherché l'hystérie, on n'a pas examiné le champ visuel de ces malades ? En présence de faits semblables nous croyons que nous ne pouvons mieux faire que de citer les quelques paroles par lesquelles M. le professeur Lasègue (2) termine son travail sur les hystéries périphériques :

« La définition de l'hystérie ne sera jamais donnée.

(1) Luc. Loc. cit. Revue mensuelle de médecine et de chirurgie.

(2) Lasègue. Loc. cit. Archives de médecine.

Il existe des individus chez lesquels à des degrés variables la même irritation traumatique détermine des spasmes d'une obstination exceptionnelle : le torticolis, l'œsophagisme, le vaginisme.

L'hystérie doit rester comme l'exemplaire le plus achevé de ces combinaisons où interviennent l'irritation passagère et le spasme persistant, mais on retrouve chez des sujets pour ainsi dire effleurés par l'hystérie des conditions analogues.

III.

ÉTUDE DU MALADE EN ÉTAT D'OPPORTUNITÉ DE CONTRACTURE. A QUOI LE RECONNAIT-ON ?

Dans la première partie de ce travail nous avons appuyé sur un grand nombre de faits les quelques considérations que nous avons présentées sur l'état d'opportunité de contracture. Notre plan nous en faisait une obligation ; il nous reste à présent à étudier notre malade en état d'opportunité, à rechercher s'il n'a pas une originalité propre et à essayer d'interpréter physiologiquement cette originalité.

Pour ce faire on nous pardonnera d'entrer dans quelques rapides développements indispensables à l'intelligence de ce qui va suivre. Personne n'ignore les travaux considérables qui ont paru sur ce qu'on a appelé le phénomène du genou, la trépidation spinale ; c'est en Allemagne qu'on s'est plu à accumuler les « mémoires de longue haleine » sur ces petits faits connus de tout temps et le professeur Berger, Westphal et un de ses élèves Tschirjew, ont poussé leur étude et leur description aussi loin qu'elles pouvaient l'être. Essayons donc de donner une idée de ces deux phénomènes :

1^o Dans la position assise, lorsqu'une jambe est

(1) Brissaud. Loc. cit.

crossée sur l'autre, et qu'elle est abandonnée à elle-même, ballante, un choc sur le tendon rotulien provoque une élévation brusque de la jambe qui est placée sur l'autre. C'est là le phénomène du genou. Il est extrêmement rare qu'il fasse défaut chez un individu normal. Mais il peut manquer chez certains malades et être exagéré chez d'autres.

2° Quand on soulève le membre inférieur paralysé d'un hémiplégique en plaçant une main sous le jarret de façon que la jambe du malade soit abandonnée à elle-même, ballante, si, à l'aide de l'autre main, on relève brusquement la pointe du pied, immédiatement on provoque une série de secousses dont l'ensemble constitue une sorte de mouvement rythmé, de tremblement à oscillations plus ou moins régulières ou persistantes. C'est là ce qu'on appelle la trépidation spinale connue depuis 1863 (Vulpian, Charcot⁽¹⁾) et décrite depuis par les Allemands sous le nom de phénomène du pied (Fussphänomen) ou encore le clonus du pied. Il n'existe pas à l'état normal, fait également défaut dans certaines affections spinales et en caractérise certaines autres, les paralysies spasmodiques par exemple.

Eh bien ! et c'est là que nous voulions en arriver, tout individu qui présente une exagération manifeste du phénomène du genou ou chez lequel on peut provoquer la trépidation spinale est en état d'opportunité de contracture. Cette exagération se relie direc-

(1) Charcot. Loc. cit.. leçons sur les localisations dans les maladies de la moelle épinière, pages 296.

tement à l'état d'opportunité et en est le caractère le plus typique. Toujours, dans les observations que nous avons rapportées, elle a été trouvée quand elle a été cherchée. S'agit-il d'un hémiplegique ? Monsieur le professeur Charcot a démontré depuis longtemps que le réflexe rotulien commençait à s'exagérer dès l'apparition de la contracture secondaire. Cette exagération, dit-il, se manifeste même souvent à une époque où la contracture n'est pas encore bien franche et quelquefois elle sert à cette dernière de symptôme précurseur. S'agit-il d'une hystérique, presque toujours la percussion du tendon rotulien sera suivie d'une agitation assez considérable de la jambe.

Mais nous venons de prononcer le mot réflexe rotulien comme synonyme du mot phénomène du genou. Ce phénomène est-il réellement un réflexe ? C'est ce qui nous reste à démontrer. C'est à un élève de Westphal, Monsieur Tschirjew qu'on doit la démonstration que le phénomène du genou est d'ordre réflexe, démonstration qui pour le cas spécial qui nous occupe nous permettra d'envisager la contracture sous un jour tout à fait nouveau et qu'il nous était jusqu'alors interdit d'aborder, le côté physiologique. Sans rapporter ici toutes ses expériences, dont une partie a été faite dans le laboratoire de Monsieur le professeur Ranvier, qu'il nous suffise de dire qu'il a prouvé que chez le lapin ce réflexe a lieu entre les 6^e et 5^e vertèbres lombaires, c'est-à-dire au point d'émergence de la 6^e paire. En effet, quand cette région de la moelle est coupée, le phénomène ne se produit plus, tandis

qu'il persiste lorsque la section de la moelle porte au dessus ou au-dessous de la partie indiquée.

Enfin en 1879 Eulenburg a remarqué que le phénomène du genou était très accentué chez le nouveau-né dès le premier jour et qu'il diminuait au bout de quelques semaines. Si on rapproche de ce fait les recherches de (Flehsig) sur les faisceaux pyramidaux chez le nouveau-né, on n'hésitera pas à considérer ce phénomène comme étant d'origine spinale. En effet les faisceaux pyramidaux ne sont pas complètement développés chez le nouveau-né et par conséquent l'influence modératrice qu'on prête au cerveau sur les actes réflexes spinaux ne peut encore à cette époque de la vie s'exercer par cette voie,

Quelques tentatives ont bien été faites récemment en Angleterre pour combattre les conclusions émises par les éminents observateurs que nous avons cités, mais elles ne reposent pas sur des bases sérieuses, et jusqu'à meilleures preuves nous persisterons à regarder le phénomène du genou comme un réflexe. Or qu'exprime le réflexe sinon l'état de la moelle ou plutôt l'état de la réflexivité spinale ? Qu'exprime l'exagération de ce réflexe sinon l'exagération de cette réflexivité spinale ? Donc l'état d'opportunité de contracture consiste dans une exagération permanente de la réflexivité spinale. Il nous reste maintenant à rechercher dans quelles conditions on rencontre cette exagération permanente de la réflexivité spinale.

Mais avant d'abandonner complètement l'histoire du phénomène du genou, disons que, frappés de l'importance que pouvait avoir sa détermination exacte

dans certains cas en même temps que de la difficulté qu'on avait à s'en rendre compte *de visu*, les auteurs ont imaginé plusieurs appareils destinés à inscrire ce réflexe. Parmi ceux-là il est bon de citer celui de Messieurs Franck et Brissaud, grâce auquel ces deux expérimentateurs sont arrivés à mesurer le temps qui s'écoule entre le moment de l'excitation périphérique et celui de la contraction musculaire. C'est là le complément indispensable de l'étude des réflexes tendineux. On peut donc aujourd'hui donner les tracés représentant l'état de la réflectivité de la moelle au même titre que le sphymographe représente l'état du pouls. Nul ne contestera le grand avantage qu'on peut retirer de ce nouveau mode d'investigation surtout pour un phénomène qui, s'il est facile à constater dans son ensemble, est difficile à apprécier dans ses nuances.

IV.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DE LA CONTRACTURE.

Conditions pathogéniques qui engendrent l'état d'opportunité de contracture.

Nous avons vu par ce qui précède que l'état d'opportunité de contracture se révélait toujours à nous par l'exagération des réflexes tendineux. Or que faut-il pour que les réflexes tendineux soient exagérés? Il faut évidemment que la moelle soit en état d'hyperexcitabilité. Mais nous savons que ces réflexes ne se révèlent pas d'eux-mêmes à l'observateur et qu'ils ont besoin d'être provoqués par la percussion par exemple. Donc, pour que nous puissions constater l'exagération des réflexes tendineux, il ne suffit pas que la moelle soit en état d'hyperexcitabilité, mais il faut encore que cette hyperexcitabilité soit mise en jeu. De même, pour qu'un individu soit en état d'opportunité de contracture, il suffit que sa moelle soit en état d'hyperexcitabilité, mais pour que cette contracture qui est pour ainsi dire à l'état latent apparaisse, il faut que cette hyperexcitabilité soit mise en jeu. En d'autres termes, la contracture n'est autre chose que la mise en jeu de l'hyperexcitabilité spinale pathologiquement accrue (1).

(1) Ballet, Loc. cit.

Il nous reste donc à déterminer les conditions dans lesquelles la moelle peut être hyperexcitée et à quelles occasions cette hyperexcitabilité peut être mise en jeu; nous déterminerons ainsi les conditions pathogéniques qui engendrent l'état d'opportunité de contraction, ainsi que celles qui permettent à la contraction latente de se transformer en contracture vraie.

A. *Strychnine*. — C'est un fait connu depuis Magendie et mis complètement en lumière par Fouquier (1), que la strychnine est un hyperexcitant de la moelle. Dans un mémoire daté de 1820 et intitulé : Usage de la noix vomique dans le traitement de la paralysie, l'auteur rapporte des observations pleines d'intérêt et qui n'ont pas été sans influence sur les notions acquises pendant ces derniers temps. Il avait vu, mais ne pouvait expliquer ce qui aujourd'hui est devenu facile, il avait vu, disons-nous, et si bien qu'une de ses conclusions contenait en germe l'assimilation de la contracture à celles des réflexes tendineux : « Certains paralytiques, dit-il, conservent en germe une raideur considérable des membres, bien que le médicament soit depuis longtemps suspendu. » C'est bien là la contracture durable produite par cette même strychnine qui produisait il y a un instant un réflexe tendineux exagéré. Cette remarque établirait donc, si ce n'était déjà fait, la connexité des deux phénomènes.

(1) Fouquier (1820). Usage de la noix vomique dans le traitement de la paralysie.

B. *Lésions médullaires.* — Les lésions médullaires et par là j'entends : la dégénérescence du faisceau pyramidal consécutive à une hémiplégie, la sclérose en plaques, la myélite transverse, les lésions médullaires, disons-nous, sont au premier chef des hyperexcitants de la moelle. Pour expliquer la manière dont elles agissent, on nous permettra de citer les paroles de M. le professeur Charcot. Mais avant cela, disons tout d'abord que contrairement à l'opinion du professeur Huguenin (1) qui veut que les fibres constitutives du faisceau pyramidal aillent de l'écorce cérébrale à la fibre musculaire elle-même, nous pensons avec MM. Charcot, Pitres, Brissaud, qu'il faut considérer ces fibres comme une vaste commissure établie entre les cellules de l'écorce cérébrale et les cellules antérieures de la moelle. Or, cette disposition anatomique étant admise, supposons un cas d'hémiplégie ordinaire avec dégénérescence du faisceau pyramidal et voyons ce qui va se passer : sous l'influence des lésions irritatives des tubes nerveux les cellules ganglionnaires s'affectent à leur tour et elles le font de deux manières, ou bien la lésion se transmet en nature à ces cellules ganglionnaires et les atrophie, c'est ce qu'on observe dans la polyomyélite antérieure dont la conséquence est une atrophie musculaire survenant dans les muscles paralysés; ou la lésion communiquée aux cellules antérieures est d'ordre purement dynamique. Elle ne correspondrait à aucune modification anatomique appréciable : « Cette lésion (2), si vous le

(1) Huguenin. Traduction de Keller, 1879.

(2) Charcot. Loc. cit., leçons sur les localisations de la moelle, p. 334.

voulez, nous la qualifierons d'irritation, elle est analogue à celle que détermine la strychnine mais plus durable. Les propriétés des éléments ganglionnaires, sous l'influence de cette modification, non seulement ne s'éteignent pas, mais encore s'exaltent; et, ainsi, l'irritation se propagerait en rayonnant à une certaine distance par la voie du réticulum nerveux, jusqu'aux autres éléments ganglionnaires de la même région et, en particulier, aux cellules œsthésodiques. Une exagération, dans tous ses modes, du pouvoir réflexe, dans les parties correspondantes de l'axe gris, serait naturellement la conséquence de cette surexcitabilité des éléments ganglionnaires et nous fournirait la clef de certains phénomènes, tels que l'exaltation des réflexes cutanés et tendineux. Sans forcer les choses, on pourrait admettre même que la lésion irritative, dont il est ici question, provoque également une excitation de ce mode de l'activité réflexe spinale qui, à l'état normal, entretient la contraction vasculaire permanente, connue en physiologie sous le nom *de tonus*. »

C. *Hystérie*. — Personne n'ignore le rôle considérable que jouent, dans la grande hystérie convulsive, les troubles fonctionnels du faisceau pyramidal, c'est peut-être à l'influence irritative de ces faisceaux sur les cellules antérieures de la moelle qu'il faut rapporter l'hyperexcitabilité de la moelle qu'on constate toujours chez les hystériques. Mais la pathogénie de l'hystérie est encore à l'étude et c'est surtout en cette matière qu'on doit se garder de vouloir tout expliquer

par une hypothèse plus ou moins ingénieuse. Ce qui est certain, ce que les faits cliniques démontrent surabondamment, c'est que l'hystérique est constamment en état d'hyperexcitabilité, cela est si vrai qu'on peut dire de la paraplégie flaccide hystérique qu'elle n'existe pas plus que l'hémiplégie flaccide d'origine cérébrale. Dans les deux cas on constate toujours de l'exagération des réflexes tendineux quand on la cherche. Un fait qui démontre encore très bien cette grande hyperexcitabilité est celui-ci : La percussion du tendon rotulien chez une hystérique peut faire contracter non seulement le triceps fémoral, mais aussi le biceps brachial et encore d'autres muscles, dont les sources nerveuses dans la moelle épinière sont très éloignées du centre de réflexion du triceps crural. C'est là ce qu'on a appelé syncinésie ou mouvements associés dont l'étude, intéressante à plusieurs points de vue, a été bien faite par MM. Vulpian, Charcot, Seguin, Hitzig, etc. Il n'est donc pas douteux que dans l'hystérie, par suite d'une disposition vicieuse du système nerveux, indéfinissable par l'anatomie pathologique, l'hyperexcitabilité de la moelle ne soit constante.

D. *Hypnotisme*. — Si on fait regarder à une hystérique un objet quelconque un peu brillant placé à 15 ou 20 centimètres au-dessus de ses yeux, on provoque l'apparition d'un sommeil particulier appelé sommeil hypnotique qui, d'après l'expression de MM. Charcot et Richer (1), « n'est autre chose qu'un état nerveux

(1) Charcot et Richer, 1882. Archives de Neurologie, juillet 1881. (Contri-

artificiel ou expérimental, dont les manifestations multiples apparaissent ou s'évanouissent, suivant les besoins de l'étude, au gré de l'observateur. » Or, parmi les deux modes principaux de ce sommeil, il en est un : léthargie hystérique provoquée, qui s'accompagne toujours d'hyperexcitabilité neuro-musculaire. Ce mot sert à désigner une aptitude particulière du muscle à la contracture sous l'influence d'une action mécanique. Pour mettre en jeu cette hyperexcitabilité neuro-musculaire il suffit de porter une excitation sur le muscle, sur son tendon ou sur son nerf et immédiatement on voit la contracture succéder à l'excitation. Il est facile de comprendre ce phénomène en se rappelant ce que nous avons dit plus haut. Là en effet, comme dans l'hystérie, comme dans les lésions médullaires, il y a hyperexcitabilité de la moelle mise en jeu soit par un léger traumatisme (percussion), soit par la faradisation. Il est donc possible, chez les hypnotiques, de faire contracter certains muscles et même certains groupes musculaires, lorsque l'excitation porte sur un nerf, par exemple. Cette possibilité de faire pour ainsi dire apparaître la contracture à volonté peut être très utile en certains cas pour contrôler et asseoir sur des bases plus solides un diagnostic déjà entrevu. C'est ainsi qu'après avoir étudié physiologiquement la forme de contracture de Cadillan (2), et avoir démontré qu'on ne pouvait l'expliquer que par l'excitation du

bution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques. Du phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-vasculaire.

(1) Charcot.

(2) Cadillan, obs. VI.

nerf radial en un point déterminé, le professeur Charcot a vérifié expérimentalement son diagnostic en provoquant chez Barré, hypnotisée par une excitation au point indiqué, une contracture en tout semblable à celle qu'il avait observée.

Dans le dernier mémoire de MM. Charcot et Richer, ces auteurs ont étudié les différentes contractures provoquées, dans le sommeil hypnotique, par l'excitation de nerfs tels que le radial, le cubital, le médian, les différentes positions de la main et de l'avant-bras répondant à ces contractures. Barré, une des vieilles pensionnaires de la Salpêtrière présente une sensibilité des plus remarquables, et il est très facile de répéter sur elle toutes ces expériences.

A ce propos on nous permettra de faire une réflexion : on a voulu quelquefois infirmer les résultats obtenus dans l'étude de l'hystérie en prétendant que la simulation y jouait le plus grand rôle. Rien, à notre avis, n'est plus propre à montrer la légèreté de ces appréciations que les faits que nous venons de rapporter. Prétendre que les hypnotiques peuvent avoir les connaissances anatomiques et physiologiques nécessaires pour faire, sous l'influence d'une excitation déterminée, contracturer les muscles innervés par un nerf comme le médian, ou simplement se rappeler d'une façon exacte l'attitude résultant de cette contracture et la simuler, nous paraît être une opinion absolument fantaisiste incapable d'arrêter un instant tout individu doué d'un esprit scientifique véritable.

Revenons à notre sujet : nous avons étudié des différentes conditions pathologiques dans lesquelles la

moelle était en état d'hyperexcitabilité et par cela même nous avons déterminé les conditions pathogéniques de l'état d'opportunité de contracture. A quelle occasion cette hyperexcitabilité sera-t-elle mise en jeu ou plutôt qui est-ce qui transformera la contracture latente en contracture vraie ? Les influences employées pour cela peuvent être diverses et nous les avons vues pour la plupart dans les observations relatées dans le courant de ce travail. Tantôt et le plus souvent ce sera le traumatisme, une autre fois ce sera une excitation cutanée comme l'application d'un vésicatoire, enfin ce sera une émotion qui donnera le coup de fouet à la moelle. Mais d'où que provienne l'excitation, soit du dehors (traumatisme, vésicatoire, faradisation intempestive), soit du cerveau (émotions, appréhension) (Dally)], pour que la contracture y réponde, il faudra que les cellules antérieures de la moelle soient hyperexcitées.

V

FAITS DONT L'ÉTUDE PRÉCÉDENTE REND L'INTERPRÉTATION FACILE. CONSIDÉRATIONS DIAGNOSTIQUES ET PRONOS- TIQUES.

Notre tâche semblerait terminée, et elle le serait en effet si nous avions eu l'intention de ne rechercher qu'à titre de curiosité ce qu'était et dans quelles conditions se produisait l'état d'opportunité de contracture. Mais ce genre d'étude purement théorique ne nous eût pas pleinement satisfait. Notre ambition est plus grande, et nous prétendons démontrer qu'à la lumière des faits précédemment acquis certaines choses inexplicables jusqu'alors, deviendront parfaitement nettes. Ce sont ces conséquences pratiques du plus haut intérêt que nous allons essayer d'exposer. Fidèle à la méthode que nous nous sommes tracée et que nous avons rigoureusement suivie jusqu'ici, nous exposerons les faits avant de chercher à les expliquer.

OBSERVATION XII (Debove).

Contracture survenue à l'occasion d'une brûlure de la face postéro-externe de la main et de l'avant-bras.

Guérison par l'élongation du médian.

Bourdy (Antoine), 35 ans, forgeron. Le 16 juin 1882 un morceau de fer chauffé à rouge tombe sur la face postéro-externe de la main et de l'avant-bras du malade et détermine en ces points une vaste

brûlure. Le malade est transporté à Bicêtre dans le service de M. Gillette et en sort guéri au bout de cinq semaines. Huit jours après il est réveillé au milieu de la nuit par une douleur violente siégeant au niveau de son ancienne plaie et s'aperçoit, non sans étonnement, que malgré lui, ses doigts se fléchissent sur la paume de la main. Il attend quelques jours pour voir si cette contracture disparaîtra, mais voyant qu'elle est de plus en plus forte, fatigué par l'insomnie et par des douleurs atroces, il se décide à revenir dans le service de M. Gillette pour se faire débarrasser de cette nouvelle complication.

Après avoir chloroformé le malade, le chirurgien de Bicêtre résout la contracture et applique des palettes dans la main à l'effet de maintenir l'extension des doigts. Mais au bout de sept semaines de traitement ne constatant aucune amélioration (la main se contractait subitement dès qu'on enlevait l'appareil) il envoie le malade dans un service de médecine chez M. Debove.

A ce moment l'avant-bras était dans une situation intermédiaire à la supination et à la pronation; les quatre derniers doigts de la main étaient fléchis et les efforts d'extension étaient très douloureux.

Après lui avoir fait raconter son histoire, M. Debove frappé de la soudaineté d'apparition de la contracture eut l'idée de rechercher l'hystérie chez son malade et il ne tarda pas à constater chez cet individu : 1° une anesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche; 2° une diminution du champ visuel du même côté. C'en était assez et aussitôt fut porté le diagnostic de contracture hystérique survenue à l'occasion d'un traumatisme. Ce diagnostic étant porté il était indiqué d'employer les aësthésiogènes comme traitement : cela fut fait à plusieurs reprises, mais sans résultat.

C'est à ce moment que M. le professeur Charcot voulant faire une leçon sur la contracture hystérique demanda à M. Debove la permission de montrer son malade aux élèves. Bourdy passa donc de Bicêtre à la Salpêtrière, où il est encore actuellement.

Rien n'avait changé dans son état et même les douleurs étaient devenues tellement insupportables que le malheureux demandait qu'on lui coupât le bras plutôt que de le laisser plus longtemps souffrir de la sorte. Tout fut mis en usage pour le calmer, on employa de nouveau les aësthésiogènes, mais sans résultat, on mit dans la main un tampon de ouate pour empêcher les ongles de pénétrer dans la chair, mais ce n'était qu'un léger soulagement pour le malade, qui souffrait toujours cruellement.

Enfin M. Charcot eut l'idée de faire faire au malade l'élongation

du médian, ce qui fut fait par M. Terrillon (fin décembre). Le résultat fut inespéré et dépassa toute attente.

Voici comment s'exprime le malade à ce sujet : « Lorsqu'on m'a endormi mon bras était toujours dans la même position et je souffrais horriblement ; je ne sais pas ce qu'on m'a fait, mais une fois réveillé j'étais complètement guéri. » Et en effet contracture et souffrance, tout avait disparu et le malade était guéri du moins en apparence. Les réflexes tendineux de l'avant-bras étaient exagérés, même après l'élongation du médian.

Voilà relatée en quelques mots cette observation si intéressante qui, avec quelques autres du même genre, a servi à une communication importante de M. Debove sur l'hystérie fruste chez l'homme.

Mais, dira-t-on, en quoi la notion d'opportunité de contracture a-t-elle pu être utile à établir le diagnostic de contracture hystérique ?

Nous prétendons que c'est elle et elle seule qui a permis de le faire. Que voyons-nous, en somme ? Une contracture subite survenant à la suite d'un traumatisme insignifiant ou tout au moins insuffisant pour l'expliquer, puisqu'il était guéri lors de l'apparition de la contracture. Or nous avons démontré que les choses ne pourraient se passer ainsi que dans deux cas pathologiques, ou bien dans le cas de lésions médullaires, ou bien dans le cas d'hystérie. Les lésions médullaires recherchées n'ont pas été trouvées, il était donc rationnel de se rejeter sur l'hystérie qui, en effet, a tout expliqué. Donc, nous sommes bien en droit de dire que dans ce cas c'est cette notion d'état d'opportunité de contracture qui a fait faire le diagnostic, et qui a permis de guérir le malade. L'ébranlement de la moelle n'était pas suffisant lorsqu'il n'était provo-

qué que par les *æsthésiogènes*, cet ébranlement a été essayé d'une façon plus directe par l'élongation du nerf et on a obtenu un bon résultat.

Toute intervention chirurgicale autre que celle-ci eût fatalement échoué; pour le démontrer, il suffit de citer l'insuccès obtenu par M. Gillette et se rappeler les insuccès obtenus par Brodie dans des cas semblables. Une première fois il s'agissait d'une jeune fille de 12 ans qui vit survenir une contracture douloureuse des fléchisseurs de l'avant-bras à la suite d'une piqûre de l'index gauche faite avec des ciseaux; il sectionna les nerfs, les muscles contracturés et obtint une aggravation du mal. Une autre fois pour remédier à un torticolis spasmodique également d'origine hystérique, il crut devoir faire la section du tendon et eut pour résultat une contracture plus intense qu'auparavant. Aussi l'illustre chirurgien anglais, éclairé par ces expériences malheureuses, disait-il: « J'aurais plutôt à vous montrer ce que vous ne devrez pas faire que ce que vous aurez à faire. » Et plus loin: « Quand les symptômes locaux d'une affection organique de la moelle ou du cerveau se présentent sous forme de spasmes musculaires ou de paralysie, la thérapeutique est le plus souvent impuissante. » Il y a toujours une grande part de vérité dans ces paroles, mais nous avons marché depuis Brodie, et on voit que la connaissance relativement très étendue de la physiologie pathologique de la moelle permet d'instituer dans quelques cas une médication rationnelle.

Rapportons brièvement un autre exemple qui montre encore très bien l'importance que peut avoir cette

notion d'état d'opportunité de contracture au point de vue envisagé ci-dessus.

OBSERVATION XIII (Lasègue).

X... Créole, 12 ans, réglée à 9, petite brune bien conformée. En descendant un escalier elle fait un faux pas et sent un tiraillement dans la hanche; le soir la souffrance est plus vive; au bout de trois jours elle est obligée de garder le lit. La douleur disparaît, mais le membre se contracture dans la flexion et y reste aussi bien la nuit que le jour. On fait appeler un médecin, qui croit à une coxalgie et lui immobilise le membre dans un appareil, l'enfant est transporté au bord de la mer et au bout de trois mois la maladie disparaît subitement, bien qu'en réalité on n'eût fait aucun traitement actif.

Un an après, grande attaque d'hystérie avec convulsions cloniques périodiques, suspension de six mois, guérison apparente, contracture identique à la première : on fait appeler M. le professeur Lasègue, qui recommande une abstention complète de traitement local. Guérison spontanée et subite au bout de quatre mois.

Dans cette observation, et c'est ce qui arrive le plus souvent, l'apparition de la contracture a été la première révélation de la diathèse hystérique. Mais encore fallait-il penser à rechercher cette hystérie. Si le premier médecin qui vit la malade avait su que ce n'est que dans deux circonstances qu'on constate l'apparition aussi inattendue d'une contracture survenant à l'occasion d'un léger traumatisme, il eût cherché et certainement trouvé l'hystérie. Et alors plus de pronostic aussi fâcheux que celui commandé par la coxalgie, plus d'immobilisation dans un appareil ne servant dans ce cas qu'à faire souffrir inutilement la malade, et enfin essai de traitement plus rationnel et peut-être guérison plus rapide.

Il est inutile d'insister d'avantage.

Ce n'est pas seulement dans ces cas que cette notion sera utile ; nous nous rappelons que les hémiplegies flaccides permanentes n'existent pas et puis que les malades qui en sont atteints sont en état d'opportunité de contracture, état qui nous est révélé par l'exagération des réflexes tendineux. Eh bien, chaque fois qu'on constatera, et on devra toujours la rechercher, l'exagération de ces réflexes, il faudra bien se garder de soumettre les malades qui la présentent à la faradisation ; loin de faire disparaître leur paralysie, elle serait l'occasion de l'apparition de la contracture.

Ce serait le coup de fouet transformant cette contracture latente en contracture vraie.

Ainsi on le voit, et nous ne saurions trop le répéter, en raison de l'application intelligente qu'on peut en faire soit au pronostic, soit au traitement de maladies qu'on rencontre à tout moment, il importe au premier chef d'avoir une notion exacte de ce qu'on entend par « état d'opportunité de contracture. »

Rhumatisme. — C'est un fait entrevu par Hunter et établi définitivement par M. Charcot que celui qui consiste à considérer les contractures qu'on observe chez les rhumatisants chroniques comme des actes réflexes développés en raison de la lésion articulaire. L'excitation des nerfs articulaires retentit sur les centres spinaux qui à leur tour réfléchissent cette excitation par la voie des nerfs moteurs sur les muscles tant extenseurs que fléchisseurs.

En général, on n'observe la contracture spasmo-

dique que dans les seuls muscles extenseurs et fléchisseurs de l'articulation affectée. Mais d'autres fois, par suite sans doute de la diffusion de la lésion spinale, le spasme musculaire tend à se généraliser et s'étend par exemple à tout un membre. C'est alors qu'on constate l'exaltation des réflexes tendineux non seulement dans le membre affecté, mais sur le membre sain en apparence.

Or, qu'exprime cette exaltation du réflexe tendineux sinon une hyperexcitabilité de la moelle. Dans le rhumatisme chronique la moelle étant hyperexcitée, forcément d'après ce que nous avons vu jusqu'ici, nous devons conclure que l'individu est en état d'opportunité de contracture.

Tous ces faits d'hyperexcitabilité de la moelle sont des plus faciles à constater chez un malade qui a fait l'objet d'une leçon de M. le professeur Charcot(1-2).

OBSERVATION XIV.

L..., âgé de 54 ans, coiffeur, jusqu'à l'âge de 44 ans excellente santé, neuf dernières années logement froid, humide et envahissement successif par le rhumatisme : doigts, épaules, cou-de-pied, genou, hanche, coudes. Durée quatre ans. Douleur et gonflement peu prononcés, amaigrissement peu prononcé des masses musculaires déterminant une impuissance motrice.

Ce qu'il y a de plus remarquable chez ce malade et démontre bien la participation de la moelle à son affection, c'est que non seulement on provoque le réflexe rotulien en frappant sur le tendon rotulien, mais on observe du même coup un mouvement dans les épaules et dans le membre supérieur tout entier. Cet individu est donc absolument en état d'opportunité de cocture, et il suffirait

(1) Charcot. Thèse inaugurale, 1853.

(2) Charcot. Leçons du Progrès médical, 24 juin.
Brunet.

d'une excitation légère pour faire paraître cette contracture pour ainsi dire latente.

Ce qu'il faut entendre par guérison des contractures,
— Nous avons vu que chez certains malades la contracture disparaissait aussi brusquement qu'elle avait apparu et cela sans traitement aucun (obs. XIII, Lasègue). D'autres fois elle disparaît brusquement encore mais sous l'influence de traitements divers (œsthésiogènes, obs. VI, Cadillan). Elongation d'un nerf (obs. XII, Debove). Mais cette disparition de la contracture est-elle la guérison absolue? Est-elle le retour complet à l'état normal? Non assurément, si cela était ce serait contraire à tout ce que nous avons établi jusque-là. « De même que la contracture vraie succède à la contracture latente, de même quand cette contracture vraie guérit en apparence, il y a retour, non à l'état physiologique, mais à l'état de contracture latente; les réflexes tendineux restent très manifestement exagérés, et la malade est toujours en état d'opportunité de contracture. » C'est ce que nous avons constaté d'une façon non équivoque chez Cadillan et chez Bourdy (obs. XII).

Pour terminer, nous citerons in extenso une observation qui a fait l'objet d'une note de MM. Landouzy et Ballet (1), dans la Revue de médecine du 10 septembre 1882.

(1) Ballet et Delanef, loc. cit.

(2) Landouzy et Ballet. Revue de médecine, 10 septembre 1882, p. 750.

OBSERVATION XV.

Note sur un cas de contracture hystérique ancienne guérie subitement par l'administration d'une pilule fulminante (*mica panis*).

Céline Lass, âgée de 26 ans. Elle affirme n'avoir jamais eu d'attaque d'hystérie, et, de fait, on n'en a jamais observé chez elle durant son séjour à l'hôpital. Elle n'en est pas moins, on va le voir, une hystérique dans toute l'acception du mot. A l'âge de 20 ans, à la suite d'une frayeur, cette malade fut prise d'une chorée. Les mouvements automatiques disparurent au bout de six mois; mais pendant un an persista une faiblesse des jambes telle, que Céline Lass fut incapable de marcher. Durant deux années, de l'âge de 22 ans à l'âge de 24, la santé fut assez bonne sans qu'aucun épisode spécial vint la troubler.

A 24 ans, au moment de ses règles, Céline Lass éprouva une vive frayeur dans les circonstances que voici: elle était allée puiser de l'eau dans une cave, lorsqu'un mauvais plaisant, pour l'effrayer, se présenta à elle recouvert d'un drap blanc. Aussitôt, elle perdit connaissance, les menstrues s'arrêtèrent, et les mouvements choréiformes apparurent de nouveau.

Cette fois la chorée dura cinq mois.

Il y a deux ans et demi, la malade, souffrant d'une vive oppression et de vomissements entra à l'hôpital de la Charité. C'était au moment d'une épidémie de variole, on la vaccina.

La vaccination occasionna chez elle une nouvelle attaque de la danse de Saint-Guy, qui celle-là, persista pendant deux mois seulement. A cette époque, on lui fit des applications d'aimant. La chorée disparut, mais fut remplacée par une contracture des deux membres inférieurs.

De ce moment, la malade fut dans l'impossibilité de se tenir debout. Puis, une pleurésie gauche étant survenue, la motilité revint en partie, et durant quelque temps Céline Lass put marcher en traînant les jambes.

Il y a environ huit mois, la contracture s'est reproduite absolue, et depuis cette époque les personnes du service ne se souviennent pas que la malade se soit levée et ait été capable de se mouvoir.

Lorsque nous examinons Céline Lass, au commencement de septembre, nous constatons ce qui suit :

Cette malade représente au suprême degré le caractère des hysté

riques. Son humeur est mobile et fantasque. Elle se plaint à chaque instant de douleurs vives ; elle souffre, dit-elle, d'une dyspnée intense. L'appétit est presque nul. Au thorax il existe plusieurs points douloureux, au niveau desquels la pression est pénible, mais ne détermine pas d'attaques. Les régions ovariennes sont un peu sensibles, sans être véritablement douloureuses.

Il n'y a pas actuellement d'anesthésie. Mais à diverses reprises, on a constaté chez la malade, depuis deux ans qu'elle est à l'hôpital, de l'hémi-anesthésie gauche.

Le symptôme qui attire surtout notre attention est une contracture très prononcée des deux membres inférieurs. Céline Lass est incapable d'exécuter avec ses jambes le moindre mouvement ; elle ne peut se lever et depuis longtemps vit dans son lit. Nous songeons à lui faire administrer des douches. Mais l'impossibilité dans laquelle elle est de se mouvoir et la difficulté qu'on éprouve à la transporter jusqu'à la salle des bains, nous obligent à différer cette médication.

L'examen attentif des membres inférieurs nous montre ce qui suit : les muscles de ces membres sont fort contracturés. La cuisse et la jambe sont étendues, celle de droite en contact avec celle de gauche. Lorsqu'on soulève un des membres, il s'entrecroise aussitôt, avec celui du côté opposé. Les réflexes tendineux sont considérablement exagérés et il y a une épilepsie spinale des plus manifestes. En somme, nous avons affaire à une *paraplégie spasmodique* des plus prononcées.

Céline Lass qui se plaint surtout de ses étouffements demande des piqûres de morphine. On lui en concède quelques-unes qui paraissent la calmer. Mais comme elle y prend goût et qu'elle en réclame chaque jour un grand nombre, nous nous décidons à une mesure radicale, et nous déclarons à la malade qu'on ne lui donnera plus de morphine ; à cette nouvelle, elle pleure, gémit et se désespère. Nous lui annonçons alors qu'à la place des piqûres, nous allons lui administrer un médicament beaucoup plus actif, mais dont il faut user avec une grande réserve, car il s'agit d'un agent violent.

Le 7 octobre, nous prescrivons deux pilules fulminantes (micapanis) et nous recommandons à Céline Lass de les prendre en quatre fois, c'est-à-dire, chaque matin et chaque soir une demi-pilule.

Le 8 octobre au matin, au moment de la visite, contrairement à son habitude, nous trouvons la malade heureuse et souriante. « J'ai voulu m'empoisonner, dit-elle, et j'ai pris hier soir les deux pilules

à la fois, contrairement à vos recommandations. Cela m'a produit un effet terrible; je sens encore les entrailles qui me bouillent. Mais voyez mes jambes. » Alors elle se lève et se met à marcher, en traînant un peu la plante du pied, mais avec une facilité relative. Elle réclame avec instance une nouvelle pilule pour lui « déraider tout à fait les jambes. » Nous la lui concédons. Dès le 10 octobre, la malade, qui depuis huit mois n'avait pas quitté son lit, allait seule à la douche et aidait dans le service de la salle la sœur et les infirmières. A la fin du mois d'octobre elle a quitté l'hôpital.

Réflexions. — Au récit de ce fait, nous ne joindrons pas grandes réflexions. Nous rappellerons seulement que les choses se sont passées là comme dans maintes circonstances analogues, comme elles se sont passées dans les cas rapportés par MM. Bouchut, Fernet, comme elles se sont produites maintes fois sur les tombeaux des saints ou des martyrs du moyen âge, autour de certaines grottes ou piscines à notre époque. Il s'agit là d'un ordre de faits devenus aujourd'hui vulgaires, sur la portée et l'interprétation desquels un esprit sérieux ne saurait se méprendre. Il s'agit là d'une *réaction nerveuse*, effet des qualités *prêtées* à nos pilules par notre malade. Cette réaction nerveuse de source psychique a produit chez la malade des modifications dynamiques, organiques et fonctionnelles qui ont abouti à la cessation de la paraplégie, tout comme une autre source de réaction nerveuse, une douche, une électrisation, par exemple, aurait pu produire une paraplégie. Ce sont là faits courants dont le médecin n'a pas le droit de se désintéresser, puisqu'ils peuvent servir autant à l'histoire de la pathogénie des accidents hystériques qu'à l'étude de leur traitement.

Mais cette guérison subite devait-elle être définitive ? Elle l'était si peu que quelques mois après la malade fut obligée de revenir à la Salpêtrière pour une nouvelle attaque de paraplégie. Celle-ci disparaît comme la première sans cause apparente bien déterminée, et la malade est en ce moment comme lors de sa première guérison. Mais elle est toujours en état d'opportunité de contracture, ses réflexes tendineux sont toujours exagérés, et il suffirait d'un traumatisme insignifiant par exemple pour voir la contracture latente qui nous est révélée par l'exagération de ces réflexes tendineux, se transformer tout à coup en contracture vraie.

RESUMÉ ET CONCLUSIONS.

Nous résumerons brièvement à la fin de ce travail en matière de conclusions des faits que nous avons cherché à mettre en relief.

1° Nous avons eu pour but de montrer l'importance qu'a au point de vue de l'interprétation pathologique de certains phénomènes cliniques : la contracture, un état particulier qui n'est pas encore la contracture, mais qui en est le prélude constant et très souvent la suite. C'est cet état qu'avec différents auteurs nous avons appelé l'état d'opportunité de contracture.

2° Cet état se caractérise par l'exagération de la réflexivité spinale, qui s'accuse elle-même par l'exagération des réflexes tendineux, notamment du réflexe patellaire.

3° Cet état d'opportunité de contractures s'observe dans des situations pathologiques variées.

A. Chez les malades atteints de lésions spinales (dégénérescence secondaire, sclérose latérale, etc.).

B. Chez d'autres où la moelle, sans présenter de lésions unilatérales au moins grossières, est troublée

dans sa nutrition ou son fonctionnement (hystérie, intoxication).

4° La connaissance de l'état d'opportunité de contracture permet de comprendre le mécanisme qui préside à l'apparition de contractures vraies, dans différentes circonstances cliniques, chez les hémiplegiques atteints de lésions cérébrales, chez les hystériques, chez les rhumatisants chroniques.

5° Il nous éclaire enfin dans le diagnostic de ces contractures, et nous aide à mieux saisir le mode d'action en apparence difficilement explicable de certains procédés thérapeutiques.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Appareil de la respiration.

Physiologie. — Des phénomènes chimiques de la respiration et de l'absorption pulmonaire.

Physique. — Induction par les aimants, appareils employés en médecine.

Chimie. — Caractères génériques des chlorates et des hypochlorites : préparation et propriétés des hypochlorites de potasse, de soude, de chaux.

Histoire naturelle. — Des étamines, leur structure ; du pistil, de l'ovaire et de l'ovule ; structure de l'ovule.

Pathologie externe. — Du traitement des tumeurs blanches.

Pathologie interne. — De la cirrhose.

Pathologie générale. — Des hydropisies.

Anatomie et histologie pathologiques. — De l'hématocèle rétro-utérine.

Médecine opératoire. — Des conditions qui peuvent rendre plus difficile l'opération de la hernie étranglée.

Pharmacologie. — Des préparations pharmaceutiques dont l'opium est la base. Comparer leur composition entre elles; examiner leurs propriétés relatives.

Thérapeutique. — Des médicaments antiseptiques.

Hygiène. — Des causes d'insalubrité dans les hôpitaux.

Médecine légale. — Distinguer les blessures faites pendant la vie de celles faites après la mort.

Accouchements. — De la rupture de l'utérus.

Vu, bon à imprimer. Vu et permis d'imprimer,
Le président de la thèse : Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
CHARCOT. GRÉARD.

1870

1871

1872

1873

1874

1875

1876

1877

1878

1879

1880

1881

1882

1883

1884

1885

